

## میزان رضایت بیماران روان‌پزشکی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر از نقش رابط درمان

زهرا نوعی<sup>(1)</sup>، دکتر فرید ابوالحسنی<sup>(2)</sup>، دکتر ونداد شریفی<sup>(3)</sup>،  
دکتر معصومه امین‌اسماعیلی<sup>(4)</sup>، دکتر سیدجعفر موسوی‌نیا<sup>(5)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر ارزیابی واکنش و رضایت بیماران روانپزشکی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر از نقش رابط درمان و پی‌گیری‌های تلفنی در مدل درمانی مراقبت مشارکتی بود. **روش:** در این پژوهش توصیفی، از میان 991 بیمار شناسایی شده در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر منطقه 16 تهران، از بهمن 1389 تا فروردین 1391، تعداد 131 نفر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در مورد رضایت از شیوه برخورد و ارائه خدمات رابط درمان مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی‌ها به‌صورت تلفنی و به‌وسیله روان‌شناس انجام شد. تحلیل یافته‌ها به روش آمار توصیفی انجام شد. **یافته‌ها:** از پی‌گیری‌های انجام شده، 75/6 درصد آزمودنی‌ها به تلفن رابط درمان پاسخ دادند و از این افراد 94/6 درصد از تماس‌های تلفنی و نقش رابط درمان رضایت داشتند. **نتیجه‌گیری:** رابط درمان می‌تواند پذیرش و رضایت بیماران از فرایند درمان را افزایش دهد.

**کلیدواژه:** رابط درمان؛ رضایت بیمار؛ مرکز سلامت روان جامعه‌نگر؛ روانپزشکی

[دریافت مقاله: 1391/1/30؛ پذیرش مقاله: 1391/8/17]

134  
134

### مقدمه

نمی‌یابند و مشاوره با متخصص در هنگام ضرورت است. در این مدل، نقش مدیر مورد<sup>4</sup> (رابط درمان) اساسی است. گفتنی است نقش ایجاد شده در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ایران، نوآوری‌هایی دارد که به‌طور دقیق مشابه نقش مدیر مورد در مراقبت مشارکتی در سایر کشورها نیست، بلکه این نقش بیشتر دربرگیرنده و ایجادکننده «رابطه‌ای» است میان بیمار و واحدهای درمانی، مانند پزشک عمومی و خدمات تخصصی. از آنجایی که در مدل مراقبت مشارکتی پژوهش حاضر، تمرکز بر این رابطه‌گری است، واژه رابط درمان و رابط درمان‌گری مناسب‌تر است. وظایف رابط درمان در مدل‌های مختلف مراقبت

اختلال‌های روانپزشکی شیوع بالایی در مراجعان مراکز مراقبت‌های اولیه<sup>1</sup> و پزشکان عمومی دارد (1)، که از میان آن‌ها افسردگی و اضطراب شایع‌تر هستند (2). یکی از رویکردهای ارائه خدمات سلامت روان در مراقبت‌های اولیه، مدل مراقبت مشارکتی<sup>2</sup> است که حاصل همکاری سیستم مراقبت اولیه با یک تیم تخصصی سلامت روان است (3، 4). از سوی دیگر در حال حاضر رویکرد سلامت روان جامعه‌نگر<sup>3</sup>، رویکردی غالب در جهان تلقی می‌شود (5). در مدل مراقبت مشارکتی، درمان شامل پی‌گیری بیماران، نظارت بر نتایج درمان، سازگار کردن درمان برای بیمارانی که بهبود

(1) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، تهران، میدان راه‌آهن، خیابان شوش، نرسیده به چهارراه وحدت اسلامی، جنب اورژانس تهران، مرکز بهداشتی درمانی شهید امامی، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر. دورنگار: 021-55685961 (نویسنده مسئول) E-mail: zahranoei@gmail.com  
(2) متخصص داخلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت؛<sup>(3)</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه؛<sup>(4)</sup> روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر؛<sup>(5)</sup> روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر.

1- primarily care  
2- collaborative care  
3- community mental health approach 4- case manager

بیماری، مصرف داروها، مراجعه بیمار به روانپزشک، تمایل بیمار به مراجعه و... بود. تحلیل یافته‌ها با کاربرد SPSS-20<sup>2</sup> و به روش آمار توصیفی انجام شد.

### یافته‌ها

تشخیص بیشتر بیماران (76/6 درصد) اختلال‌های افسردگی بود. اقدام‌های انجام شده برای آن‌ها 3244 مورد ویزیت و 6305 مورد پی‌گیری تلفنی بود. دلیل پی‌گیری تلفنی در 2758 مورد (46/5 درصد)، 42 مورد (0/7 درصد)، 252 مورد (4/2 درصد) و 2878 مورد (48/5 درصد) به ترتیب مراجعه نکردن برای ویزیت، متقاعد کردن بیمار برای مراجعه، پی‌گیری مراجعه به روانپزشک و پی‌گیری پیش از ویزیت بعدی بود. گفتنی است به دلیل تغییر در نرم‌افزار ثبت اطلاعات بیماران، از 6305 مورد پی‌گیری تلفنی، فقط دلیل 5930 مورد پی‌گیری تلفنی ثبت شده بود. از پی‌گیری‌های انجام‌شده، در 1115 (17/6 درصد)، 423 (6/7 درصد) و 4767 (75/6 درصد) مورد به ترتیب به تلفن جواب داده نشد، تمایلی به ادامه درمان نبود و با رابط درمان صحبت شد.

از میان 809 مورد آخرین پی‌گیری انجام‌شده پیش از ویزیت بعدی، ارزیابی در 735 (90/8 درصد)، 67 (0/8 درصد) و 7 (8/2 درصد) مورد به ترتیب به این صورت بود که بهتر شده‌اند، بدتر شده‌اند و فرقی نکرده‌اند. در مورد رضایت داشتن یا نداشتن از برخورد و خدمات رابط درمان نیز از 131 آزمودنی بررسی‌شده، 124 (94/6 درصد) و 7 (5/4 درصد) نفر به ترتیب ابراز رضایت و عدم رضایت کردند.

### بحث

دلیل بیشتر تماس‌های تلفنی، پی‌گیری پیش از ویزیت بعدی (وضعیت بهبودی بیمار، ارزیابی مصرف دارو و عوارض احتمالی داروها و پاسخ بیمار به درمان) و مراجعه نکردن برای ویزیت بود. این دو پی‌گیری غالب، از وظایفی است که در بررسی‌های مختلف برای رابطان درمان بیان شده است. برای مثال در یک بررسی (9) رابط درمان وضعیت بیمار را بر پایه معیارهای افسردگی اساسی، تبعیت از تجویز دارو، عوارض احتمالی داروها و دستیابی به هدف‌های درمانی بررسی کرد و در پژوهش دیگر (8)

مشارکتی شامل ارزیابی کنترل بیمار بر بیماری، نظارت بر موفقیت برنامه درمان، نظارت بر بهبود وضعیت، حمایت از تغییر رفتار، مدیریت درمان، پی‌گیری منظم برای حفظ تغییر رفتار و هماهنگ‌کردن فرآیند درمان است (6). در بررسی‌های مختلف اثربخشی مدل مراقبت مشارکتی، که در آن بر نقش رابط درمان در انجام پی‌گیری‌های تلفنی تأکید می‌شود، نشان داده شده است (7-11).

در ایران اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر<sup>1</sup> (CMHC) با اجرای مدل مراقبت مشارکتی در سال 1389 در تهران آغاز به کار کرد. هر یک از واحدهای همکار این مرکز که شامل یک پزشک عمومی و یک رابط درمان است با مشارکت و نظارت CMHC به شناسایی و درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در مراجعان می‌پردازد. ارائه خدمات در قالب ویزیت و پی‌گیری تلفنی است. ویزیت بیماران توسط پزشک عمومی و پی‌گیری‌های تلفنی توسط رابط درمان (منشی آموزش دیده پزشک عمومی) انجام می‌شود. هدف‌های پی‌گیری تلفنی عبارتند از ارزیابی وضعیت بیمار، آگاه ساختن پزشک از موارد بدون بهبودی، ارزیابی مصرف داروها و یادآوری نوبت بعدی ویزیت بیمار، هماهنگی ارجاع به روانپزشک در موارد ضروری و ترغیب بیمار به ادامه درمان هنگامی که بیمار مایل به ادامه درمان نیست.

از آنجا که رابط درمان نقش جدیدی در مداخله‌های سلامت روان محسوب شده و برای نخستین بار در ایران اجرا می‌شود، ارزیابی واکنش و رضایت بیماران روانپزشکی از این نقش در ارزیابی این مدل مراقبتی اهمیت اساسی دارد. پژوهش حاضر با هدف این ارزیابی انجام شد.

### روش

پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی از داده‌های ثبت‌شده در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر است. از بهمن 1389 تا فروردین 1391 تعداد 991 بیمار (832 زن و 159 مرد) به وسیله 13 پزشک عمومی همکار CMHC در منطقه 16 تهران شناسایی شدند. از این تعداد، 131 نفر به صورت تصادفی ساده (فهرست محقق ساخته) انتخاب شدند و در مورد رضایت از شیوه برخورد و ارائه خدمات رابط درمان مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی به صورت تلفنی و به وسیله روان‌شناس انجام شد. آزمودنی‌ها نسبت به استفاده پژوهشی از اطلاعات، آگاهی و رضایت کامل داشتند. اطلاعات پی‌گیری تلفنی شامل پیشرفت

1- Community Mental Health Center

2- Statistical Package for the Social Science-version 20

## منابع

- Sharifi V, Daliri S, Amini H, Mohammadi M. Psychiatric problems in polyclinic: Prevalence and patients' reasons for going to a doctor. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2001; 16(4):484-9. [Persian]
  - Karlsson H, Lehtinen V, Matti J. Psychiatric morbidity among frequent attended patients in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 1995; 17(1):19-25.
  - Smith JL. Collaborative care improves treatment for depression. Queri. June 2011. www.queri. research.va. gov
  - Craven MA, Bland R. Better practice in Collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. A report for Canadian collaborative mental health initiative. Can J Psychiatry. 2006; 51:7s-72s.
  - Hartly D, Bird D, Lambert D, Coffin J. The role of community mental centers as rural safety net providers. Portland: University of Southern Maine, Maine rural health research center; 2002.
  - Gilbody S, Bower P. Depression in primary care: Evidence and practice. New York: Cambridge University Press; 2011.
  - Center for information dissemination and education resources. Collaborative care for depression in the primary care setting. A primer on VA's translating initiatives for depression in to effective solutions (TIDES) project. Boston; 2008.
  - Improving the Recognition and Management of Depression in Primary Care. Effect Health Care. 2002, 7(5):2-4.
  - Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices-rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial-PROMPT (primary care monitoring for depressive patient s trial). BMC Public health. 2005; 5:101.
  - Ell K, Xie B, Kapetanovic S, Quinn DI, Lee P, Wells A, et al. One year follow-up of collaborative depression care for low-income, predominantly Hispanic patients with cancer. Psychiatric services. 2011; 62:162-70.
- رابطان درمان پاسخ به درمان را بررسی کردند و هنگام نبود بهبودی، بیماران را تشویق می‌کردند از پزشک کمک بخواهند یا ارجاع داده شوند.
- از 809 مورد آخرین پی‌گیری انجام شده پیش از ویزیت بعدی توسط رابطان درمان، 90/8 درصد اظهار بهبودی داشتند. این یافته با ارزیابی پزشکان معالج در مورد وضعیت بهبودی بیماران هماهنگ است (93/5 درصد بهبودی واضح و 34/2 درصد بهبودی نسبی) (12). 90/8 درصد اظهار بهبودی در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب هماهنگ با یافته‌هایی است که اثربخشی مدل مراقبت مشارکتی را با تأکید بر نقش رابط درمان و پی‌گیری‌های تلفنی در بهبود بیماران افسرده نشان داده‌اند (8). پژوهش دیگر نشان داد بیمارانی که تماس‌های تلفنی پرستاران را دریافت می‌کنند، با وجود آن که در تبعیت آنان برای مصرف داروهای ضدافسردگی هیچ تغییری دیده نمی‌شود، بهبودی بیشتری داشتند (11). هم‌چنین احتمال تداوم بهبود در گروهی از بیماران که پی‌گیری تلفنی منظم داشتند بیشتر بود (11). پژوهش دیگر نشان داد سه ماه پس از حضور در یک برنامه مدیریت مورد (رابط درمان‌گری) از طریق تلفن، کاهش نشانه‌های افسردگی حاد شش برابر بیشتر از زمانی بود که افراد فقط درمان استاندارد و آموزش درباره شرایطشان را دریافت می‌کردند (13). یک فراتحلیل نیز نشان‌گر مؤثر بودن مدل‌های مراقبت مشارکتی با رابط درمان برای درمان افسردگی بود (14).
- یافته دیگر پژوهش حاکی از اعلام رضایت 94/6 درصد بیماران از نقش رابط درمان و پی‌گیری تلفنی بود، که با اعلام رضایت 95/9 درصدی پژوهش دیگر (15) هماهنگ است.
- با توجه به محدود بودن نمونه مورد بررسی به منطقه 16 تهران، تعمیم یافته‌ها به کل جامعه امکان‌پذیر نیست و به بررسی‌های گسترده‌تری در مورد اثربخشی پی‌گیری‌های تلفنی نیاز است.

## سپاسگزاری

پژوهش حاضر در قالب یک تحقیق نظام سلامت (HSR) و با حمایت مالی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. بدین وسیله از تلاش‌های ارزشمند رابطان درمان و پزشکان همکار CMHC در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

11. Solberg L, Trangle MA, Wineman AP. Follow-up and follow-through of depressed patients in primary care: The critical missing components of quality care. J Am Board Fam Pract. 2005; 18(6):520-7.
12. Community Mental Health Center. Gallery, statistical reports section. [Internet]. 2012 December 15. Available from: <http://cmhc.tums.ac.ir/Gallery.aspx?ParentID=392>.
13. Murray B. Telephone therapy can be successful for depression. Nevada [Internet]. 2003 May 25. Available from: [www.upliftprogram.com](http://www.upliftprogram.com).
14. Chaney EF, Rubentein LV, Liu C, Yano EM, Bolkan C, Lee M, et al. Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: A cluster randomized evaluation of a quality improvement redesign. BMC Implement Sci. 2011; 6:121.
15. Susarla SM, Black R, Dodso TB. After dent alveolar surgery, most patients are satisfied with telephone. J Oral Maxillofac Surg. 2011; 69(8):2099-105.

Original Article

**Patients Satisfaction of the Role of Case Manager  
in Community Mental Health Center (CMHC)**

**Abstract**

**Objectives:** This study was conducted to evaluate patients satisfaction of case managers' performance and their telephone follow-up based on the collaborative care model in Community Mental Health Center (CMHC). **Method:** For conducting current descriptive study, out of 991 subjects, 131 were randomly selected and investigated for their satisfaction of case managers' behavior and service. Investigations were carried out by psychologist using telephone contact method. The data were analyzed by descriptive method. **Results:** Of all follow-ups, %75.6 of examinees answered to the case managers telephones and from these people, 94.6% were satisfied of telephone contacts and case managers' performance. **Conclusion:** Case manager could improve patients' acceptance and satisfaction of treatment process.

**Key words:** case manager; patient satisfaction; CMHC; psychiatry

[Received: 14 May 2012; Accepted: 4 September 2012]

**Zahra Noee<sup>\*</sup>, Farid Abolhassani<sup>a</sup>,  
Vandad Sharifi<sup>b</sup>, Masoumeh Amine-  
Esmaeili<sup>c</sup>, Seyed Jafar Mosavineia<sup>d</sup>**

**\* Corresponding author:** Community Mental Health Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Fax: +9821-55685961

E-mail: [zahranoe@gmail.com](mailto:zahranoe@gmail.com)

<sup>a</sup> National Institute Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>b</sup> Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>c</sup> Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>d</sup> Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

138  
138